

# Lista de Verificación de la Solicitud de Indemnización para los Trabajadores

*Este formulario deberá ser utilizado solamente por un Contratista Independiente que trabaje para la industria de la construcción.*

Esta Solicitud de Certificado de Exención constituye una declaración donde usted establece que es un contratista independiente que trabaja para la industria de la construcción, y que por lo tanto no requiere establecer un seguro de indemnización para los trabajadores a su beneficio. **El Indiana Department of Revenue podrá compartir esta información con Internal Revenue Service (IRS) y/u otros estados.**

Los estatutos que establecen este proceso de inscripción establecen que un contratista independiente se define de forma similar a lo establecido en la guía de impuestos del IRS para determinar la condición de contratista independiente. El IRS utiliza varios factores para determinar si un individuo es un contratista independiente o un empleado. A continuación encontrará una lista con algunas de las características de cada uno. *Si no llena estas condiciones, usted no recibirá el certificado.*

## Un contratista independiente generalmente:

- dirige su propio trabajo de la manera que juzga apropiada, sin recibir dirección de un contratista general;
- establece su propio horario;
- puede contratar asistentes;
- proporciona sus propias herramientas y materiales;
- es pagado por trabajo realizado y no por hora;
- puede realizar una ganancia o una pérdida en un trabajo; y
- puede trabajar libremente para más de una persona o empresa y puede ofrecer sus servicios al público en general.

## Un empleado generalmente:

- está bajo supervisión del empleador;
- le deducen los impuestos sobre la renta cuando le pagan;
- debe trabajar las horas indicadas por el empleador;
- es pagado por hora;
- debe realizar su trabajo de la forma indicada por el empleador;
- recibe entrenamiento, herramientas y equipo proporcionado por el empleador;
- no puede ofrecer sus servicios libremente a más de una persona, empresa o al público en general; y
- Puede ser despedido en cualquier momento.

**¿Se acaba de mudar al Estado de Indiana o a los Estados Unidos?** Si este es el caso, deberá proporcionar una prueba de residencia. Algunos ejemplos incluyen:

- Permiso de Conducir de Indiana válido;
- Tarjeta de Residencia Permanente (green card);
- copia de la declaración de impuesto de otro estado;
- copia de la declaración de impuesto federal;
- tarjeta de registro de votación;
- Número de Identificación Individual de Impuesto (ITIN) (residente extranjero)

*Esta Solicitud del Certificado de Exención de la indemnización para los trabajadores será procesada tomando en cuenta su condición de Contratista Independiente. El Indiana Department of Revenue examinará los registros de impuesto anteriores para determinar si usted se ha identificado como contratista independiente anteriormente, y si está al día con sus impuestos. De no cumplir con estos requisitos, se le negará el certificado.*

La norma I.C. 22-3-2-14.5 requiere que usted reciba la certificación del Department of Revenue. La Solicitud de la Certificación es introducida en su nombre en el Indiana Worker's Compensation Board para obtener su condición de Contratista Independiente. Usted deberá pagar una tasa de \$20, de los cuales \$5 (que no se devolverán) van para el Indiana Department of Revenue y \$15 al Indiana Worker's Compensation Board para procesar la solicitud. *La solicitud se procesará en 7 días laborables aproximadamente.* Si usted no llena los requisitos para establecer su estado de contratista independiente, usted será contactado con instrucciones para proporcionar información adicional, o se le notificará la denegación.

Su certificado no tendrá validez hasta que el Worker's Compensation Board lo haya estampado. Envíe por correo su solicitud al Indiana Department of Revenue para que sea procesada. Una vez que sea aprobado tanto por el Department of Revenue y el Indiana Worker's Compensation Board, usted recibirá su Certificado de Exención validado y una copia del Income Tax Information Bulletin No. 86 por correo.

**Nota: Según la ley de Indiana, usted deberá estar cubierto por una póliza de indemnización para los trabajadores hasta que usted reciba el Certificado de Exención de Indemnización para los Trabajadores.**



**Indiana Department of Revenue**  
**SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE**  
**INDEMNIZACIÓN PARA LOS TRABAJADORES**

Nombre del Contratista Independiente ( <i>escriba</i> ) Apellido, Nombre		Nombre Comercial del Contratista Independiente	Tipo de Actividad
Dirección ( <i>número, y calle, ciudad, estado, código postal</i> )			Número de Teléfono ( <i>incluyendo código de área</i> )
Dirección de Correo Electrónico	Número de Identificación Federal o NSS	Número de Certificado de Exención ( <i>Para Uso del Estado Solamente</i> )	

¿Es usted residente de Indiana?  Sí  No Si respondió No, por favor indique el estado donde reside: \_\_\_\_\_

De acuerdo a las disposiciones IC 22-3-2-14.5 y/o IC 22-3-7-34.5, yo, el abajo firmante, solicito por medio de la presente se me emita un Certificado de Exención de Contratista Independiente:

- Soy un contratista independiente que trabaja para la industria de la construcción, según lo contemplado en el IC 22-3-6-1 (b) (7) y/o IC 22-3-7-9 (b) (5).
  - Soy el único propietario según la definición establecida en IC 22-3-6-1 (b) (4) y IC 22-3-7-9 (b) (2) y por lo tanto estoy exento de la cobertura de indemnización para los trabajadores. Nombre del propietario único: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_
  - Soy socio de una empresa según la definición establecida en IC 22-3-6-1 (b) (5) y IC 22-3-7-9 (b) (3) y por lo tanto estoy exento de la cobertura de indemnización para los trabajadores. Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ IDF: \_\_\_\_\_
- Mi negocio de contratista independiente está incorporado y yo soy uno de los directores de dicha corporación:  Sí  No
- Tengo empleados:  Sí  No Si respondió Sí, por favor complete lo siguiente, (si necesita más espacio, incluya otra hoja):

Nombre del Empleado	NSS / NTI / IDF	¿Es Residente de Indiana?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, el estado de residencia es: _____
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, el estado de residencia es: _____
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, el estado de residencia es: _____

Firma del Solicitante	Fecha de la firma
-----------------------	-------------------

Esta declaración jurada certifica que la persona indicada en el encabezado es un contratista independiente de acuerdo a lo previsto en las leyes indicadas, que la persona indicada en el encabezado tiene seguro de indemnización para los trabajadores o que califica como proveedor de seguro para todos y cada uno de los empleados que contrate, y que la persona indicada en el encabezado desea exonerarse de la cobertura de la indemnización para los trabajadores y renuncia al derecho de reclamar dicha indemnización establecida en el Worker's Compensation Act, a cualquier persona para la cual trabaje como trabajador independiente. Esta declaración es legalmente vinculante y exonera a toda persona y a la entidad que le proporciona el seguro de indemnización para los trabajadores que contrate con la persona indicada en el encabezado (como contratista independiente) y la entidad que le proporciona su seguro de indemnización para los trabajadores. Esta declaración es válida por un año a partir de la fecha de la firma. **Usted deberá volver a hacer la solicitud cada año para mantener la condición de exonerado. Esta información podrá ser compartida con Internal Revenue Service y/u otros estados.**

**Para Uso del Estado Solamente**

<b>Debe pagar \$20 por tasa de registro</b> <input type="checkbox"/> \$5.00 DOR tasa de registro <input type="checkbox"/> \$15.00 WCB tasa de registro	Fecha de emisión
--	------------------

**El pago deberá ser realizado utilizando un giro postal o un cheque certificado.**

**Por favor enviar a:** Indiana Department of Revenue  
P.O. Box 6072  
Indianapolis, IN 46206-6192